

Кератопахиметрия уже при начальном кератоконусе у большинства пациентов показала достоверное уменьшение толщины роговицы в центре и увеличение разницы толщины между периферией и центром роговицы

Таблица 2. – Результаты ультразвуковой кератопахиметрии при начальном и развитом кератоконусе

Степень кератоконуса	Центр роговицы, мкм	Периферия роговицы, мкм	Разница: центр-периферия, мкм
начальный кератоконус	454±22	676±18	222±13
развитой кератоконус	395±24	657±31	262±11

Оптическая когерентная томография переднего отрезка глаза проводилась на томографе Visante. Согласно результатам исследования толщина роговицы в пределах 360 – 473 мкм выявлена в 66,7% (20 глаз), что является ниже нормы. У 26.6% (8 глаз) толщина роговицы в пределах нормы 490 – 560 мкм. Толщина роговицы выше нормы обнаружена в 2 глазах (6,7%) и составила 571 мкм.

Выводы. Выявить кератоконус в I–II степени заболевания с помощью рутинных методов обследования оказалось трудновыполнимой задачей, поскольку еще отсутствуют достоверные клинические проявления. Для диагностики кератоконуса в начальных стадиях заболевания необходим комплекс диагностических методов и оценка их результатов в совокупности. Систематизация диагностических критериев представляет интерес и практическую значимость в диагностике кератоконуса на ранних стадиях. Это позволяет остановить прогрессирование процесса с помощью своевременных хирургических методов, и улучшить функциональные результаты. Современные способы диагностики кератоконуса способствуют раннему выявлению заболевания и своевременному выбору тактики лечения.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Егорова, Г. Б. Кератоконус и синдром сухого глаза./ Г. Б. Егорова, А. А. Федоров // Клиническая офтальмология. – 2004. –Т.5. – № 1. – С.29-31.

## ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С НЕИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПЕЧЕНИ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

**Кроткова Е.Н., Цыркунов В.М., Гринко Н.А.**

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

**Актуальность.** Заболеваемость болезнями печени в Гродненском регионе и Республике Беларусь в последние годы (2016) приблизительно одинаковая и составляет 54,5 и 57,8 на 100 тыс. населения, соответственно. Каждый десятый пациент (10,3%) с впервые установленными заболеваниями печени в Республике

Беларусь проживает в Гродненской области (табл. 1). В 2016 г. пациенты с неинфекционной патологией печени и желчного пузыря (ЖП) в Гродненской области составили 9,6% от всей патологии органов пищеварения (ЖКТ), в Республике Беларусь – 10,3%, при чем, болезни печени составили 1,5%, а болезни ЖП – в 5 раз больше (7,3%).

В настоящее время большинство болезней печени, имеющих самостоятельный нозологический статус и представленных в Международной классификации болезней печени и желчных путей, «перекочевали» из гастроэнтерологии в другие смежные специальности: инфекционные, обмена веществ, эндокринной системы, новообразования, токсикологию и многие другие. Одной из причин стало «вынужденное перепрофилирование» специальности гастроэнтерология, обусловленное значительным изменением структуры нозологических форм, в частности сокращением числа пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки и другой патологии. С другой стороны, несмотря на официальное отсутствие специальности «гепатолог», в Гродненском регионе сформировалось устойчивое положение о наличии в регионе гепатологической службы, основу которой составляют организационные структуры областного инфекционного стационара в виде консультативно-диспансерного кабинета и дневного стационара для гепатологических пациентов, в которых ведут прием врачи-гепатологи, прошедшие соответствующую подготовку. В настоящее время на поликлиническом уровне функции гепатолога исполняют гастроэнтерологи, терапевты, инфекционисты, хирурги, хотя только единицы из них проходили курсы повышения квалификации (переподготовку, специализацию) по гепатологии. Безусловно, все это отражается на уровне и качестве оказания медицинской помощи гепатологическим пациентам, частоте диагностических ошибок, осложнений и других организационных вопросах.

**Цель** – представить информацию о заболеваемости неинфекционными болезнями печени в Гродненской области и системе оказания медицинской помощи данной категории пациентов.

**Материалы и методы исследования.** Официальные данные национального статистического комитета Республики Беларусь, отчеты гастроэнтерологической службы Гродненской области за 2016-2017 гг. Материалы обработаны с использованием статистического пакета компьютерной программы Microsoft Exel.

**Результаты и их обсуждение.** Стационарная медицинская помощь пациентам с неинфекционными болезнями печени в Гродненской области оказывается в терапевтических отделениях ЦРБ, городских больниц, стационарах областного подчинения. Функции областного гастроэнтерологического центра возложены на гастроэнтерологическое отделение УЗ «ГКБ №4 г. Гродно», мощность которого 60 коек. В амбулаторных условиях медицинскую помощь оказывают участковые терапевты поликлиник и гастроэнтерологи (3,25 ставки: 0,25 ст. УЗ «Волковысская ЦРБ», по 1 ст. УЗ «ГОКБ», УЗ «ГЦГП», УЗ «ГП №1»). Обеспеченность амбулаторными гастроэнтерологами в Гродненской области: 0,00388/1000 взрослого населения (норматив – 0,003/1000).

На диспансерном учете состоит 13893 человека с заболеваниями печени и желчного пузыря, 76,9% от всех пациентов данной категории, в том числе с впервые установленным диагнозом в 2017 году – 1603 человека. Вместе с тем, на диспансерном учете у врачей-гастроэнтерологов в поликлиниках г. Гродно состоит всего лишь 440 человек с заболеваниями печени, в том числе с циррозом печени 44, с хроническим гепатитом 11 человек (таблица 1).

Таблица 1. – Заболеваемость и диспансерное наблюдение пациентов с заболеваниями печени в Гродненской области за 2016-2017 гг.

Нозологические формы	2016				2017			
	Взр.	Д-з впер.	Сост. на ДУ	% дисп.	Взр.	Д-з впер.	Сост. на ДУ	% дисп.
Болезни печени, в т.ч. АБП	5974 429	472 44	4963 348	83,1 81,1	5790 264	422 18	4830 181	83,4 68,6
ФП, ЦП, в т.ч.:	1313	103	1087	82,8	1221	101	1036	84,6
ПБЦ	32	8	32	71,4	4	1	4	100
Др. болезни печени	37	7	22	31,2	34	0	27	79,4
Болезни ЖП и путей, в т.ч.:	12407	1425	9178	73,9	12268	1181	9063	73,9
ЖКБ	6319	557	4357	68,7	6042	808	4345	71,9
ИТОГО:	18381	1897	14141	76,9	18058	1603	13893	76,9

Примечания – АБП – алкогольная болезнь печени; ФП, ЦП – фиброз и цирроз печени;  
– ЖП – желчный пузырь; – ЖКБ – желчнокаменная болезнь;  
– ДУ – диспансерный учет.

В 2017 году общая заболеваемость болезнями печени снизилась на 3,1%, алкогольной болезни печени (АБП) – на 38,5%, фиброзу и циррозу печени (ФП и ЦП) – на 7%, первичному билиарному циррозу (ПБЦ) – на 87,5%, желчнокаменной болезнью (ЖКБ) – на 4,4%. Первичная заболеваемость по болезням печени снизилась на 10,6%, из них по АБП – на 59,1%, ФП и ЦП – на 1,9%, ПБЦ – на 87,5%, ЖКБ – на 21,6%.

В гастроэнтерологическом отделении УЗ «ГКБ №4 г. Гродно» с болезнями печени и ЖП в 2017 г. пролечено 238 человек или 3,86% от всех выписанных из отделения (2016 год – 329 чел., 5,0%). В структуре заболеваний печени в Гродненской области 22% составляют ЦП. В 2017 году 52,9% пациентов с ЦП получили медицинскую помощь в стационаре (658 чел.), летальность среди ЦП составила 12,3% (84 чел.), что является подтверждением существующей проблемы по качественному диспансерному наблюдению. Причинами низкого удельного веса пролеченных с патологией печени, на наш взгляд, являются: отсутствие диагностики на догоспитальном этапе таких стадий как стеатоз, стеатогепатит, фиброз, ЦП (компенсированный) и поздняя первичная диагностика на догоспитальном этапе декомпенсированного ЦП, что подтверждается структурой умерших в гастроэнтерологическом отделении в 2017 году, среди которых 71% составили лица с заболеваниями печени.

Таблица 2. – Показатели стационарной помощи пациентам с неинфекционной патологией печени в Гродненской области за 2016-2017 гг.

Наименование	Пролечено		Средний койко-день		Умерло	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Всего с болезнями ЖКТ	21048	20421	8,69	8,44	275	341
Болезни печени	1463	1286	10,87	10,82	100	115
из них: АБП	91	78	10,98	9,35	22	28
ФП и ЦП	707	658	11,04	10,8	72	84
Болезни ЖП, желчных путей и ПЖ	6407	6378	9,65	9,31	47	56
из них: ЖКБ	2773	2929	9,08	8,83	6	14
из нее: камни ЖП с ОХ	679	717	9,63	9,37	-	2
ОХ	90	87	9,94	10,49	-	-
Итого	7870	7664	10,26	10,1	147	171

Примечания – АБП – алкогольная болезнь печени; ФП, ЦП – фиброз и цирроз печени;  
 – ЖП – желчный пузырь; – ЖКБ – желчнокаменная болезнь;  
 – ПЖ – поджелудочная железа.

**Выводы.** В Гродненской области существует организационная система оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями печени. Вместе с тем, отсутствуют обобщенные сведения по всем заболеваниям печени, недостаточная диагностика ранних стадий поражения печени. Постановка первичного диагноза ЦП печени любым специалистом на амбулаторно-поликлиническом этапе свидетельствует о неудовлетворительном состоянии ранней диагностики доцирротических стадий и организации диспансеризации пациентов. Необходимо постоянное повышение уровня знаний врачей на курсах ФПК по гепатологии, обучающих семинарах (гепатологической школе) на базе кафедры инфекционных болезней ГрГМУ, а также ускоренное решение вопроса о приобретении оборудования для фибро- и стеатосканирования печени.

## ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПЕЧЕНИ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

**Кроткова Е.Н., Цыркунов В.М.**

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»  
 УЗ «Гродненская областная инфекционная клиническая больница»*

**Актуальность.** Пациенты с патологией печени инфекционного генеза всегда были основными контингентами инфекционных стационаров и кабинетов инфекционных заболеваний (КИЗов) городских поликлиник, где они состоят на диспансерном учете (ДУ). За последние 30-40 лет произошло